ITEM 031 : ACCOUCHEMENT, DÉLIVRANCE ET SUITES DE COUCHES

ACCOUCHEMENT NORMAL

- **Accouchement** = expulsion du fœtus et des annexes (placenta, liquide amniotique et membranes) : voie vaginale/césarienne.
- **Accouchement eutocique** = normal : accouchement abouti par la seule influence des phénomènes naturels (voie basse).
- **Accouchement dystocique** = accouchement entrainant des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par voie basse.
- **Accouchement prématuré** = survient avant 37 SA.

ANATOMIE

Bassin osseux

Bassin osseux = principale obstacle : doit avoir des dimensions normales.
= **4 os** : 2 os coxaux, sacrum, coccyx.
+ 4 articulations peu mobiles : sacro-iliaques (2), symphyse pubienne (SP), sacrococcygienne.
- **Évaluation clinique** du bassin en dernière partie de grossesse.
- **Pelvi-scanner** (sauf diamètre oblique) indiqué si présentation en siège, ATCD de fracture du bassin ou de rachitisme, rétrécissement clinique du bassin.

Détroit supérieur (DS)

= Cylindre d'engagement (de Demelin) limité latéralement par les lignes innominées et :
- En haut par le détroit supérieur **anatomique** : bord supérieur de la SP – promontoire.
- En bas par le détroit sup **obstétrical** : point rétropubien de la SP – face antérieure de S1.

- Axe oblique en arrière et en bas : vise l'interligne sacro-coccygien.
- **Diamètre promonto-rétro-pubien** : bord supérieur de la symphyse > promontoire = **105 mm.**
- **Diamètre transverse médian** : à mi-distance du pubis et du promontoire **= 120 mm.**
- **Diamètres obliques** : articulation sacro-iliaque > pubis = **120 mm.**
→ **Indice de Magnin** = diamètre promonto-rétro-pubien + transverse médian **≥ 230 mm.**

Excavation pelvienne

= Zone de descente et de rotation : entre le détroit supérieur et le détroit inférieur, limité en arrière par le sacrum, en avant par la symphyse et latéralement par l'os iliaque (forme d'un segment de tore).
- **Détroit moyen** (DM) : zone de rétrécissement du aux épines sciatiques, à l'union du tiers inférieur et des 2/3 supérieurs.
- **Diamètre bi-épineux** ou **bi-sciatique** = **100-110 mm.**

Détroit inférieur (DI)

= Plan du dégagement (prisme triangulaire) :
- Face supérieure = plan du détroit moyen.
- Face antérieure oblique en bas & en arrière : bord inférieur du pubis – ischions.
- Face postérieure oblique en haut & en arrière : 2 ischions, pointe du coccyx.

- **Diamètre bi-ischiatique** = **120 mm.**

Bassin mou

= Tube ouvert en haut et en avant, distensible, en forme de boutonnière médiane antéro-postérieure.
- **Vagin** et **diaphragme pelvi-périnéal profond** (releveur de l'anus, muscles ischio-coccygiens, ligament sacro-tubéral) et **superficiel** (muscles du périnée superficiel).

Mobile fœtal

Présentation = partie du corps du fœtus entrant en contact avec le détroit supérieur → 1re partie du corps à s'engager dans l'excavation pelvienne.
- **Présentation céphalique** = **du sommet** (95 %) : présentation normale en fin de grossesse (tête fœtale de forme ovoïde dont la petite extrémité = menton, et la grande extrémité = occiput) :
  - **Sutures** longitudinales, transversale antérieure et postérieure.
  - **Fontanelles** antérieure (bregma) et postérieure (lambda).
- **Présentation caudale** = **du siège** (4 %) : siège **complet** (jambes en 1er) ou **décomplété** (fesses en 1er).
- **Présentation transverse** : présentation de l'épaule → indication de **césarienne.**

Palpation abdominale : type de présentation fœtale (palpation du pôle céphalique, dos, épaule…)
TV : repères osseux en cas de présentation céphalique, notamment la **fontanelle postérieure (lambda).**
- **Dimensions de la tête fœtale :** sous-occipito-bregmatique = 9,5 cm/**sincipito-mentonnier = 13,5 cm**/occipito-frontal = 12 cm/sous mento-bregmatique = 9,5 cm/sous-occipito-frontal = 11 cm/**Biparietal = 9,5 cm**/ Bitemporal = 8 cm.
→ Dimensions +petites pour le reste du corps, sauf D biacromial : rare blocage = dystocie des épaules.

Utérus

- 3 parties : **corps, segment inférieur** (distension utérine de l'isthme de fin de grossesse : 10 cm, dirige la force des CU vers le col, zone d'incision des césariennes segmentaires), **col** (orifices interne & externe).
- 3 tuniques : **séreuse, muqueuse** (= caduques pendant la grossesse), **musculeuse = myomètres** (2 assises circulaires externes & internes + couche plexiforme → ligature vivante sur les vaisseaux lors de la délivrance).
- Axe selon la tonicité de la paroi abdominale, souvent incliné vers l'avant & du côté droit (dextro-rotation).

ÉTAPES

- **Perte du bouchon muqueux** (inconstante) : écoulement de **glaires épaisses et brunâtres** par la vulve.
- **Entrée en travail** : . Apparition de **contractions utérines** rapprochées, régulières et douloureuses.
  . **Modifications du col** : se raccourcit (effacement) et s'ouvre (dilatation complète = 10 cm).

Rang B selon la fiche LiSA, rang A selon le collège de gynéco :

- 1er stade : **début du vrai travail → fin de dilatation du col** = dure 6 à 18 h (primipare) ou 2 à 10 h (multipare).
- 2e stade : **fin de dilatation du col → naissance de l'enfant** = dure 6 à 18 h (primipare) ou 2 à 10 h (multipare).
- 3e stade : **naissance de l'enfant → expulsion du placenta** = dure 5 à 30 minutes.
- Puis (4e stade) : **délivrance → stabilisation des constantes maternelles** = dure 2 h.
- Durée plus longue si femme nullipare, +rapide avec la multiparité (risque d'accouchement au domicile).

Contraction utérine

= Force motrice de l'accouchement → dilatation du col utérin et avancée du fœtus dans le pelvis.
- Enregistrement par **tocographie externe** (fréquence/durée des CU) ou **interne** (tonus de base/pression intra-utérine : cathéter intra-utérin) : recherche d'hypo/hypercinésie, hypo/hypertonie.
- Entraine une progression du fœtus via le DS, l'excavation pelvienne, le DI puis le périnée.

Poche des eaux

- Formée par les membranes décollées, découvertes lors de la dilatation du col.
- Rôle **protecteur** (infections/traumatismes) + rôle **mécanique** (aide à la dilatation cervicale).
- Rupture :
  - Avant le travail = **rupture des membranes à terme avant travail** (anciennement « rupture prématurée des membranes ») : risque d'infection et de procidence du cordon (hospitalisation immédiate).
  - Sans intervention extérieure pendant le travail = **spontanée.**
  - Provoquée volontairement pendant le travail = **artificielle** (si dilatation >6 cm et tête engagée, peut accélérer le travail).
- **Tempestive** si produite à dilatation complète ou **intempestive** si produite avant dilatation complète.

1RE PHASE

= **Modification du col** selon la **courbe de Friedman** : se raccourcit, se centre, se ramollit et s'ouvre progressivement jusqu'à **dilatation complète** (**10 cm**) : surveillance généralement horaire.
- **Phase de latence** jusqu'à 5-6 cm : lente, peut durer plusieurs heures (moyenne 8-10h si primipare ou 5 h si multipare).
- **Phase active** jusqu'à 10 cm : dilatation > **1 cm/heure (**primipare) ou **> 1,5 cm/h** (multipare), doit durer au maximum **6 h (pathologique si dilatation < 1 cm/4 h de 5 à 7 cm et < 1 cm/2 h de 7 cm à dilatation complète).**

→ La rupture de la poche des eaux est recommandée quand la dilatation dépasse **> 6 cm** si la présentation est engagée.

2E PHASE

= Progression du fœtus → de la dilatation complète à la naissance, **durée ≈ 2 h** normalement.
Phase d'engagement, de descente puis d'expulsion = de dégagement.

Engagement

= Franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation (D biparietal ou sous-occipito-bregmatique si présentation céphalique = flexion du sommet).
- Engagement par l'aire du détroit supérieur la plus large = **diamètres obliques.**
- 4 variétés d'engagements principales = selon la position de l'occiput : **occipito-iliaque gauche antérieure** (**OIGA**, 57 %), **droite postérieure** (**OIDP**, 33 %), **gauche postérieure** (**ODGP**, 6 %) ou **droite antérieure** (**OIDA**, 4 %) + 2 variétés accessoires : **transverse gauche/droite** (**OIDT** ou **GT**).

→ Au TV : palpation des fontanelles **lambda** (petite, postérieure) et **bregma** (grande, antérieure).
- Accommodation de la tête fœtale : **flexion, orientation en oblique** ± **asynclitisme** (inclinaison latérale) et **déformations plastiques.**
- **Palpation des épines sciatiques** : la tête fœtale est engagée lorsque le pôle céphalique est à hauteur des épines sciatiques (**niveau 0**) → niveaux -1 à -5 si au-dessus et niveaux +1 à +5 en dessous.
- **Palpation abdominale** : CU diminuée de qq cm
- TV :
  - **Signe de Farabeuf** : tête engagée si seulement 2 doigts peuvent être placés entre le pôle céphalique fœtal et le plan sacro-coccygien.
  - **Signe de Demelin** : tête engagée si l'index introduit perpendiculairement à la face antérieure de la symphyse pubienne bute contre la présentation.

Descente et rotation

= Descente dans l'excavation pelvienne jusqu'au détroit inférieur, avec un **mouvement de rotation** pour passer d'un engagement en position oblique ou transverse à une présentation verticale.
- **Occipito-pubienne** :
  - Après une rotation de **45°** pour les présentations antérieures : dans le sens horaire pour l'OIDA et antihoraire pour l'OIGA.
  - Après une rotation de **135°** pour les présentations postérieures : dans le sens horaire pour l'OIDP et antihoraire pour l'OIGP.

→ 3 % des présentations postérieures tournent à 45° : **position occipito-sacrée.**

<table>
<tr><td rowspan="3">3E PHASE</td><td>Dégagement & expulsion</td><td colspan="3">= Sous l'action des contractions utérines, renforcées par les efforts de poussée abdominale.
- Après la descente, la tête fœtale appuie sur le périnée ➞ déclenche une envie de pousser.
- Technique de poussée (vessie vidée au préalable++) : efforts expulsifs concomitants aux CU, respiration bloquée (possible poussée en expiration), menton en avant, repos/respiration entre 2 CU.
- Distension du périnée postérieur puis du périnée antérieur.
- Dégagement de la présentation (autour d'un point fixe sous-symphysaire) en occipito-pubienne (OP) ou sacrée (OS) : tête défléchie sous la symphyse = dégagement progressif du visage.
➞ Main sur le sommet de la tête pour éviter une sortie brutale.
- Après dégagement de la tête : vérifier l'absence de circulaire du cordon au niveau du cou.
- Engagement des épaules selon un axe oblique ou transversal (alors que la tête est verticale) : l'accoucheur accompagne la restitution vers l'axe vertical pour franchir le détroit inférieur ➞ traction vers le bas (dégagement de l'épaule antérieure) puis vers le haut (épaule postérieure).
➞ Le temps d'extraction des épaules ne doit pas dépasser 40 secondes.
± Episiotomie : incision périnéale à 45° pour prévenir les lésions traumatiques du périnée.
➞ Les efforts expulsifs ne doivent pas dépasser 30 minutes.</td></tr>
<tr><td>Délivrance</td><td colspan="3">= Expulsion du placenta et des membranes : délivrance naturelle, dirigée (5-10 UI d'ocytocine IV) ou artificielle (à la main, sous AL ou AG).
1/Décollement par reprise des contractions utérines après une rémission de 5-15 min (hématome rétroplacentaire physiologique) : apparition de métrorragies, remontée du fond utérin au-dessus de l'ombilic, déroulement du cordon à la vulve ➞ la pression utérine sus-pubienne ne fait pas remonter le cordon.
2/Expulsion : sous l'action des CU et des efforts expulsifs maternels ➞ spontanée/extraction par manœuvre douce (en empaumant le fond utérin) : ne PAS tirer sur le cordon !!
➞ Présentation à la vulve par la face fœtale++ (mode Baudelocque)/face maternelle (mode Duncan).
3/ Hémostase par rétraction utérine : contraction, thrombose et oblitération des vaisseaux utérins ➞ globe utérin de sécurité, optimale seulement si l'utérus est complètement vide.</td></tr>
<tr><td colspan="4">- Examen des membranes (intégrité, vaisseau accessoire), du cordon ombilical (1 veine et 2 artères) et du placenta (face fœtale = cordon/face maternelle = cotylédon juxtaposés) : recherche de cotylédon aberrant/solution de continuité.
- Révision utérine : si placenta ou membrane incomplets/hémorragie de la délivrance immédiate ou systématique après délivrance artificielle.
➞ Après toute délivrance artificielle ou révision utérine : prévention de l'endométrite par antibioprophylaxie.
- Délivrance artificielle si placenta incomplet ou non-délivrance à 30 minutes.
- Prévention de l'hémorragie de la délivrance par administration prophylactique d'oxytocine 5 ou 10 UI ou APO en IVL voire IM ➞ réduit de moitié les hémorragies du post-partum +++.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">SURVEILLANCE</td><td rowspan="3">En début de travail</td><td colspan="3">- Hospitalisation en salle d'accouchement, repos, pose d'une VVP.
- Surveillance de la vidange vésicale pendant tout le travail ± sondage évacuateur si besoin (anesthésie péridurale : risque de globe vésical, nécessitant une césarienne).</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="2">- Interrogatoire (grossesse, suivi, antécédents), lecture du dossier obstétrical, calcul du terme exact.
- Prise des constantes (pouls, TA, température) + glycosurie, protéinurie.
- Palpation abdominale (présentation longitudinale/transversale) avec mesure de la hauteur utérine (en dehors d'une CU : moyenne 33 cm).
- Examen du périnée : herpès, cicatrices.
- TV toutes les 30 minutes à 1 h : présentation, bassin, membranes et caractéristiques du col (score de Bishop avant travail selon dilatation, longueur, consistance, position et hauteur de présentation).
- Possible écho : qté de liquide amniotique, insertion placentaire, présentation…</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="2">- Vérification du groupe sanguin et Rh + mise en réserve de culots globulaires.
- Vérification des sérologies et de la NFS et bilan d'hémostase.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Pendant le travail</td><td>Bien-être fœtal</td><td colspan="2">- Electro-cardio-tocographie en continu (mesure du RCF et des contractions utérines).
- RCF normal = 120-150 bpm, avec oscillations (5-25bpm, au moins 4 cycles/min), accélérations, sans ralentissement.
- En cas de rupture des membranes : liquide amniotique normalement clair et transparent ➞ témoin d'une souffrance fœtale si méconial, verdâtre.
- Possible ECG fœtal/pH ou lactates au scalp en complément.</td></tr>
<tr><td>Évolution du travail</td><td colspan="2">- TV horaire : surveillance des modifications cervicales (en 1re partie) puis de la descente et de la présentation (en 2e partie) ➞ noté sur le partogramme.
- Surveillance des contractions utérines : possibilité d'augmenter la régularité et l'intensité des contractions par injection IV d'ocytocique (Syntocinon®).</td></tr>
<tr><td>Analgésie</td><td colspan="3">- Anesthésie péridurale mise en place au début du travail : ↘ la douleur en gardant les efforts expulsifs.</td></tr>
<tr><td>À la naissance</td><td colspan="3">- Recueil des pertes sanguines : dépistage des hémorragies post-partum ➞ seuil d'alerte = 500 mL.
- Surveillance de 2 h : PA, rétraction utérine (hauteur/tonus), réalisation de 2-3 expressions utérines.
- Enfant posé sur le ventre de la maman, section du cordon/désobstruction/surveillance.
- Nouveau-né : pH artériel et veineux ombilicales, poids, score d'Apgar (vitalité).</td></tr>
</table>

CPC	**Dystocie des épaules**	= Épaule (généralement antérieure) coincée derrière la symphyse pubienne : - FdR : obésité, diabète gestationnel, bébé de sexe masculin, terme de l'accouchement, durée du travail, extraction instrumentale, macrosomie, antécédent de dystocie. - Risques : **fracture de clavicule, lésion du plexus brachial.** - TTT : Manœuvres de poussée/manœuvres obstétricales.
	Procidence du cordon	= Sortie du cordon avant le bébé : compression du cordon par la tête → risque d'arrêt des échanges. - TTT : **repousser la tête du fœtus** et la maintenir, ne pas essayer de réintégrer le cordon → **césarienne.**
	Circulaire du cordon	= Enroulement du cordon autour du cou. - TTT : **faire glisser** autour du thorax si **circulaire lâche** ou **couper** entre 2 pinces Kocher si **serrée.**

POST-PARTUM

SUITES DE COUCHES NORMALES

= Période allant **de l'accouchement jusqu'au retour de couches (retour des règles).**
- Risques de complications : **hémorragie**, **infection**, **thrombo-embolie, psychiatrique** → surveillance.

Physiologie

- **Utérus** : **involution utérine** → retrouve ses dimensions et caractéristiques habituelles en 2 à 3 mois.
- **Reconstitution de l'endomètre** en 3 phases : **régression** (4-5j, disparition de la caduque utérine), **cicatrisation** (jusqu'à J25), **prolifération** (jusqu'à J25-J45), **sauf si allaitement** (aspect régressif de repos pendant 4-6 mois).
- **Col** : fermeture de l'orifice interne vers 10 jours et de l'orifice externe vers 15-20 jours.
- **Lochies** : **écoulement glairo-sanglant** d'origine utérine, les premiers jours (arrêt vers J10).
- **Vagin/vulve** : reprise d'une dimension normale, cicatrisation d'éventuelle déchirure/épisiotomie.
- **Périnée** : récupération de la tonicité, cicatrisation si lésion.
- **Glande mammaire** : **montée laiteuse** dans les 3 premiers jours suivant l'accouchement.
- Cycle menstruel :
  - **Reprise d'un cycle** à J25-J45 → **retour de couches** 15 jours après (vers le 45e jour) = **6 à 12 semaines.**
  - 1er cycle **ovulatoire** dans 5 à 10 % des cas.
  - **Retardé par l'allaitement** : généralement < 4 à 6 mois.
- Biologie : normalisation progressive → l'hypercoagulabilité persiste pendant le 1er mois.

Post-partum immédiat = 2 h	= Surveillance pendant au moins **2 h**, patiente à jeun et perfusée. - /30 minutes : • Constantes : **PA, température, pouls.** • Vérification du **globe utérin** : rétraction de l'utérus en dessous de l'ombilic. • Surveillance des saignements avec **expression utérine** (pression du fond utérin à la recherche d'un éventuel saignement persistant & pour évacuation des caillots). - **Allaitement maternel** dans l'heure suivant la naissance. - Surveillance de la **miction spontanée** ou **sondage évacuateur** avant retour en chambre.
Hospitalisation en suites de couches = 3 à 5 jours	- Prévention des accidents thromboemboliques : **lever précoce**, port de **bas de contention** ± **anticoagulation préventive** (jusqu'à 6 semaines post-partum). - Surveillance : pouls, TA, température, globe utérin (involution), lochies, qualité des mictions et du transit, palpation des mollets. → Dépistage++ de **saignement, infection, accident thrombo-embolique.** - Soins du **périnée** : toilettes fréquentes, éviter la macération. Rééducation non-systématique. - Examen des seins, mise en route de **l'allaitement : montée laiteuse vers J3** (fébricule à 38 °C), tétées à la demande (toutes les 2-3 heures), vérifier la position, suivre le comportement de l'enfant plutôt que son poids (perte physiologique sur les premiers jours). - Évaluation de **l'état psychique.** - Bio : **NFS (à J2), bilan de coagulation** → anémie, trouble de l'hémostase. - **Si mère Rh-** et **nouveau-né Rh+** : injection maternelle de **gammaglobulines anti-D dans les 72 h** suivant l'accouchement. → Hospitalisation possible jusqu'à **12e jour** pour la Sécurité sociale.

	Post-partum tardif	- **Involution** utérine sur 2-3 mois : CU infracliniques, douloureuses chez la multipare (« tranchées »). ➝ **Involution variable** selon la prescription d'ocytociques et l'allaitement maternel. - **Lochies** pendant 10 jours, reprise de l'activité sexuelle. - **Retour de couche** vers le 45e J (si pas d'allaitement)/4-6 mois si allaitement/6 S après l'arrêt de l'allaitement +/- « petit retour de couche » à J20 (hémorragie peu abondante pendant 2-3 j). - **Consultation post-natale obligatoire** à 6-8 semaines : examen gynéco et clinique, cicatrisation vulvaire et périnéale, évaluation psychique, adapter la contraception, FCU si besoin. - Proposer une **rééducation abdomino-périnéale** (10 séances) : non systématique, uniquement en cas d'incontinence urinaire persistante à 3 mois ou d'incontinence anale. - **Vaccinations** : • **Anti-rubéolique** si séronégative, **anti-varicelleuse** si aucun atcd ± séronégative. • **Anti-coqueluche** si dernier vaccin > 10 ans (+ entourage de l'enfant). **Contraception du post-partum** (5,5 % des IVG = dans les 6 mois après un accouchement). ➝ A débuter au plus tard 21 j après l'accouchement, provisoire, à rediscuter à la visite post-natale. - Méthode **non médicalisée** : Ogino et Knaus, Billings, allaitement (MAMA) ➝ à déconseiller ++. - Méthode **barrière** : spermicide, préservatif (diaphragme difficile à utiliser). - Méthode **médicalisée** : • **DIU** (recommandé si allaitement) : pas de surrisque d'infection ou de perforation, possible insertion dans les jours après l'accouchement mais risque d'expulsion = pose préférable après 3 mois (fin d'involution utérine). • OP : Non recommandés dans les 6 S post-partum (voire 3 mois : risque thrombo-embolique persistant, + à éviter si allaitement. • Micro progestatif/Implants : à partir de 21 jours (HAS 2019), compatibles avec l'allaitement. • **Stérilisation** : alternative si souhait/information en amont : pendant une césarienne/dans les 24-48 h après un accouchement non-compliqué.
PRÉVENTION THROMBO-EMBOLIQUE	Risque majeur	- Atcd de MTEV multiples. - Thrombophilie traitée au long cours. - **AVK** pendant > 3 mois. - **Bas de contention.**
	Risque élevé	- Atcd de MTEV idiopathique. - Thrombophilie symptomatique. - Atcd de MTEV en cours de grossesse ou sous œstroprogestatif. - **HBPM prophylactique forte** pendant 6 à 8 semaines. - **Bas de contention.**
	Risque modéré	- Atcd de MTEV avec FdR temporaire. - Thrombophilie biologique. - Césarienne en urgence ou avec chirurgie pelvienne majeure associée. - Présence de ≥ 3 FdR de risque faible. - **HBPM prophylactique faible** pendant 6 à 8 semaines (ou moins si risque modéré bas). - **Bas de contention.**
	Risque faible	< 3 FdR : - Âge > 35 ans. - Césarienne. - Obésité. - Alitement strict prolongé. - Multiparité > 4. - Varices. - Hémorragie du post-partum. - Prééclampsie. - HTA. - Maladie thrombogène sous-jacente (sd néphrotique, MICI). - **Bas de contention.** - Aucun anticoagulant.